

N° 12

11.

QUESTIONS ÉCHUES PAR LE SORT.

Signes de la position de la face Mento-Cotyloïdienne droite; décrire l'accouchement naturel et l'application du forceps dans cette position.

Considérations générales sur le pronostic des maladies.

Quel est le mode de distribution des vaisseaux sanguins dans le tissu des testicules?

Faire connaître les bases sur lesquelles repose le système de Linné.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue a la Faculté de Médecine de Montpellier, le 12 février 1840.

par J.-G. **DELHOM**,

de Perpignan (Pyrénées-Orientales),

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER,

Imprimerie de X. JULLIEN, place Marché-aux-Fleurs.

—

1840.

A MON GRAND-PÈRE,
JEAN DELHOM,

A MA GRAND-MÈRE,
MARGUERITE DELHOM.

A MON GRAND-PÈRE,
JOSEPH PUJARNISCLE.

J.-G. DELHOM.

A LA MÉMOIRE
DE MA MÈRE!

A MON PÈRE.

A MES SOEURS.

J.-G. DELHOM.



SCIENCES CHIRURGICALES.

Signes de la position mento-cotyloïdienne droite ; décrire l'accouchement naturel et l'application du forceps dans cette position.



Les signes de cette position, ainsi que ceux de toutes les autres, se tirent du toucher ; on peut le pratiquer, la femme étant couchée, ou se tenant debout. Si la femme est couchée, il faudra que la tête et la poitrine soient légèrement rélevées par des oreillers ; elle fléchira à demi les jambes et les cuisses, et tiendra les genoux écartés. L'accoucheur se plaçant du côté droit de la femme, si c'est de sa main droite qu'il veut se servir, oindra son doigt indicateur d'un corps

gras ou mucilagineux, et, sans découvrir la femme pour cette opération, puisque c'est le doigt qui doit apprécier l'état des choses et non pas les yeux, il portera sa main sous les couvertures, la fera passer au-devant de la jambe droite de la femme et entre ces deux cuisses, en dirigeant le bord radial de l'index vers la vulve parallèlement aux grandes lèvres. Ce doigt arrivera à plat sur le périnée; alors relevé horizontalement, son extrémité libre glissera entre les grandes lèvres, et trouvant l'orifice du vagin, pénétrera facilement dans ce conduit.

Pour explorer profondément, le pouce sera étendu vers le mont de Vénus; les autres doigts ployés dans la main, seront appuyés sur le périnée et l'anus; ils pourront en repoussant ces parties en haut, diminuer la longueur du vagin; (1) d'un autre côté, l'accoucheur rapprochera le col utérin de l'excavation pelvienne, en pressant légèrement l'abdomen dans ce sens avec sa main gauche.

Le diagnostic va commencer, et l'accoucheur peut donner à son doigt une infinité de directions. Supposons qu'il commence de droite à gauche par rapport à lui, ce qui veut dire, de gauche à droite par rapport à la femme; supposons aussi les membranes déchirées; nous parlerons plus loin du cas où elles ne le sont pas:

---

(1) Dugès.

Il trouve à droite une surface convexe dure et assez grande pour faire soupçonner un os de la tête, puis une dépression dure, unie à la surface précédente, bornée en haut et en bas par deux petites cavités, faisant suite à un corps charnu assez saillant. Ce corps offre à gauche une face percée de deux trous séparés par une cloison et dirigés du côté droit de la femme.

Déjà l'accoucheur reconnaît le nez, les narines et leur direction, signes infaillibles de cette position; en même temps il reconnaît que la première surface touchée est le coronal, que la dépression qui lui fait suite est la racine de nez, que les deux petites cavités qui la bornent en haut et en bas, sont les deux angles internes des yeux.

Il laisse le nez à droite, et avançant à gauche, il trouve la bouche, y introduit le doigt, reconnaît les arcades alvéolaires, et passant entre ces arcades, il va toucher la langue. Il quitte la bouche, et trouve plus à gauche le menton appuyé du côté de la cavité cotyloïde droite, au-delà de la bouche en haut et en bas, il trouve les joues, les palpe, et se dirigeant de gauche à droite, il rencontre d'abord les pommettes séparées par le nez, ensuite les yeux recouverts de leurs paupières; au-delà, les arcades orbitaires qui, par leur réunion, donnent naissance à la racine du nez, concourent avec elle à former les angles internes des

yeux , et bornent à gauche cette surface convexe que le doigt a constatée en premier lieu et que nous savons être le coronal. Il est quelquefois possible d'aller toucher l'oreille au-delà de la joue qui présente le plus de surface au doigt.

Après avoir recueilli tous ces signes, il est impossible à l'accoucheur de ne pas reconnaître la position de la face mento-cotyloïdienne droite. Si l'on s'est trompé quelquefois sur le diagnostic de cette position , cela tient à ce que, par suite de la longueur du travail et de la mauvaise situation de l'enfant , il y a eu tuméfaction de la face. On conçoit facilement que dans ce cas les parties sont moins reconnaissables ; cela tient aussi à ce quel'esprit étant disposé à reconnaitre une position du pelvis , on a annoncé une présentation de l'extrémité pelvienne , sans porter à l'examen , dans l'un et dans l'autre cas, toute l'attention qu'il exige. C'est ainsi qu'on a pris la bouche pour l'anus ou le vagin ; le nez pour les organes sexuels ; les pommettes pour les tubérosités de l'ischion ; le menton pour le coude , le talon ou le genou. Il est très facile de commettre ces erreurs avant la déchirure des membranes; car, alors le toucher est très-obtus. D'ailleurs , il es-impossible de reconnaître les narines et de pénétrer dans la bouche , seuls moyens qui peuvent donner les signes certains de cette position.

Je viens de décrire le toucher sur une femme couchée ; je vais indiquer les règles nécessaires pour le

pratiquer sur une femme qui se tient debout : la femme devra s'appuyer contre un mur ou un meuble quelconque ; elle écartera et fléchira un peu les membres abdominaux ; elle inclinera la tête et la poitrine en avant, et pour que cette position ne la fatigue pas, elle appuyera ses coudes ou ses mains sur une personne ou une chaise qu'on met là dans ce but.

L'accoucheur, se plaçant du côté droit de la femme, s'il se sert de la main droite, met un genou à terre. Les uns veulent que ce soit le genou correspondant à la main employée ; les autres veulent le contraire ; ces derniers ont pour but de donner un point d'appui au coude. Nous préférerons, comme Velpeau, l'opinion des premiers, parce que, le bras étant plus libre, on peut plus aisément l'incliner en avant ou en arrière, l'élever ou l'abaisser ; enfin il s'accommode mieux à la stature variable des femmes.

Quand il est ainsi placé, et que son doigt est induit d'un corps gras, il passe la main sous les vêtements, porte l'index horizontalement entre les deux cuisses et gagne la vulve ; alors il redresse le doigt, le fait glisser entre les grandes lèvres et pénètre dans le vagin. D'un autre côté, le poids de l'utérus pousse son orifice vers le doigt qui diagnostique, et l'accoucheur n'a plus qu'à déterminer la position comme dans le premier cas.

Ce genre d'accouchement a été regardé jusqu'à la

fin du siècle passé comme très-nuisible à l'enfant, très-difficile pour la mère, et enfin, comme contre nature. Les praticiens avaient bien observé quelques cas où la parturition s'était terminée sans secours ; mais le fœtus avait la face si livide et si tuméfiée ; il était si horrible à voir qu'ils ne persistaient pas moins à regarder cet accouchement comme très-défavorable, et voulaient qu'on cherchat autant que possible à le prévenir (1). Cependant Portal avait vu qu'il est aussi facile que le plus naturel ; tout ce qui peut arriver à l'enfant, ajoute-t-il, c'est de souffrir un peu et de naître la face noire et tuméfiée. Baudelocque ne le croit facile que lorsque le fœtus est très-petit ou le bassin très-grand. Zeller, Chevreul et Boër, qui ont bien observé et décrit le mécanisme de cet accouchement, le regardent comme fort simple et très-naturel. Enfin madame Lachapelle le dit presque aussi facile et aussi naturel que celui qui se fait par le vertex ; elle cite quarante deux accouchements heureusement terminés pour la mère et pour l'enfant sur soixante et douze cas de ce genre.

Avant de commencer la description de l'accouchement naturel, je vais indiquer les soins hygiéniques qu'exige la femme, lorsque l'époque de ses couches est arrivée.

---

(1) Mauriceau, De la Motte, Deventer, Smellie, Rœderer, Petit, etc.

1o Il est utile que la chambre soit dans le lieu le plus calme de la maison. Ceci s'applique principalement aux maisons situées dans les grandes villes, et surtout dans les quartiers où il se fait beaucoup de bruit. Il faut aussi qu'on puisse l'aérer facilement et y entretenir une douce température. On doit éloigner de cette chambre les corps qui exhalent des odeurs, parce qu'elles occasionnent des syncopes, des lipothymies, et qu'en général, elles augmentent l'irritabilité de la malade.

2° Il faut interdire toute espèce d'aliment, s'il est probable que le travail sera de courte durée : deux à six heures. Cependant s'il marche lentement, on accordera quelques bouillons ou quelques potages légers. Il est des femmes robustes qui ont mangé sans accidents plusieurs cotelettes ; d'autres du chocolat; d'autres des légumes, etc. Malgré de pareils exemples, le médecin, sachant qu'il y a du danger de charger l'estomac d'aliments, lorsque le travail de l'enfantement vient suspendre les fonctions de cet organe, en défendra prudemment l'usage. Il agira bien différemment, quand la femme demandera à boire; car, il sait aussi qu'en appaisant la soif d'un malade, on calme, non-seulement, les douleurs qu'elle fait naître, mais encore, on empêche ce malade de tomber en défaillance, et on lui procure un moment de bien être, sans qu'il en résulte quelque chose de fâcheux. On peut se servir de toutes

les tisanes émollientes; la meileure boisson est l'eau pure ou sucrée, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'eau de fleurs d'orangers. Dans les cas de faiblesse et de langueur, il est bon de donner quelques cuillerées d'un vin généreux pour ranimer les forces.

3° Il faut combattre la constipation qui existe souvent à cette époque par l'administration d'un clystère. Dans quelques cas, il est indispensable, pour débarrasser le rectum des matières dures qui le distendent, de se servir d'une cuillère ou d'une curète (1).

Si l'émission des urines n'a pas eu lieu avant l'arrivée de la tête au détroit supérieur, elle devient difficile, et enfin impossible, par la compression qu'éprouve, dans ce cas, le bas fond de la vessie. Alors, on doit pratiquer le cathétérisme, parce que l'urine, comprimée d'un côté par la tête de l'enfant, de l'autre par les muscles abdominaux, distendrait douloureusement la vessie, et pourrait la rompre, accident mortel; parce que la vessie pleine d'urine rend indirects et plus faibles les efforts des muscles de l'abdomen, puisqu'ils agissent sur une masse fluctuante, et, enfin, parce qu'elle gène le passage du fœtus au détroit supérieur.

4° L'habillement de la femme en couche a eu des modes qui ont varié, non-seulement quant aux diverses

---

(1) Velpeau.

époques et aux divers pays, mais même, quant aux différentes familles. Pourvu qu'il n'exerce aucune constriction sur l'abdomen, la poitrine et le cou ; qu'il permette les mouvements des bras ; qu'il ne serre pas les aisselles et les poignets, et qu'il soit approprié à la saison, la femme s'habillera comme elle jugera convenable.

5º Quel sera le lit le plus propice à l'accouchement? Le lit de l'accouchement, appelé aussi lit de douleur, a varié pour la forme, selon les temps et les lieux. Il est des femmes qui s'en passent ; elles accouchent debout, en appuyant les coudes sur un meuble ou en s'accrochant aux épaules de quelqu'un ; il en est qui se mettent à genoux ; d'autres se couchent à terre. Anciennement on se servait de chaises garnies d'un dossier mobile, de supports pour les bras et les pieds, et d'un siége percé (1). Ces chaises sont encore employées en Allemagne ; depuis long-temps on n'en fait plus usage en France. On se sert en Espagne d'un grand fauteuil fort incommode pour l'accoucheur, puisqu'il doit se mettre à genoux ou s'asseoir par terre. Dans ce dernier cas, il doit faire glisser ses jambes sous ce meuble, et il est exposé à recevoir sur ses vêtements les liquides qui s'écoulent du vagin. Il faut ajouter que le corps de l'accoucheur, étant ainsi fixé,

(1) Velpeau.

les mouvements de ses bras sont gênés et que ces inconvéniens ne sont pas compensés par une position de la femme plus favorable à l'accouchement (1). Le lit le plus commode est le lit de sangle, dont on appuie contre un des murs de la chambre l'extrémité qui sert de chevet, de manière qu'on puisse librement circuler autour de ses côtés et de son pied. On étend un matelas sur ce lit; on forme le chevet avec une ou deux chaises couchées sur le ventre, dont on dirige le bord supérieur du dossier vers le siége de la femme, et les quatre pieds vers le mur. On obtient ainsi un plan incliné sur lequel on jette un second matelas ou des oreillers; ce plan sert à relever légèrement la tête et la poitrine. Le bassin repose sur le bord de l'extrémité du lit. Pour soutenir les membres abdominaux et surtout pour lès maintenir dans une demi-flexion, on peut attacher un bâton en travers au bas du lit destiné à supporter les pieds, ou bien on place deux chaises, de manière que le bord supérieur des dossiers puisse servir au même usage.

A la rigueur, le lit ordinaire de la femme pourra servir à l'enfantement; alors elle se couchera en travers, placera le bassin sur un des bords, appuyera ses pieds sur deux tabourets, et étendra son corps sur un

---

(1) Delmas, professeur d'accouchement à la faculté de Montpellier. Leçons orales, 1839.

plan incliné, qu'on improvisera avec des chaises et des oreillers, comme il a été dit pour le lit de sangle.

Burton dit qu'en Angleterre et en Amérique, la plupart des femmes se couchent sur le côté gauche, le siége près du bord droit de leur lit, les jambes et les cuisses fléchies, les genoux écartés par des oreillers (1). Les accoucheurs anglais prétendent que, dans cette position, il est plus facile d'exercer le toucher, d'appliquer le forceps et de soutenir le périnée. Nous croyons comme Velpeau, que cette position ne facilite aucunement ces opérations.

6o. Quel est le moment où la femme doit se placer sur le lit de douleur ? on ne peut le préciser. En effet, la différence des constitutions pourra faire avancer ou retarder ce moment. En général on permettra de se coucher à la femme qui en éprouve réellement le besoin, surtout après la rupture de la poche des eaux. Avant cette rupture le décubitus est inutile, à moins qu'on n'ait à faire à une femme qui accouche très vite et presque sans douleur. Dans ce cas, elle doit se coucher de bonne heure, de crainte de voir l'enfant tomber à terre. Quand les douleurs sont faibles et éloignées, que l'orifice est peut dilaté et assez élevé au-dessus du détroit supérieur, il convient à la femme de promener ou de rester debout autant que possible.

---

(1) Velpeau, Acc. tome 2, page 29.

Maintenant nous allons décrire l'accouchement naturel : quand l'époque de la parturition est arrivée, ce qui a lieu vers la fin du neuvième mois , la femme (1) éprouve un état général d'excitation quelque peu fébrile qui précède ordinairement le travail , l'utérus s'abaisse de plus en plus , le col s'amincit , son orifice s'arrondit , s'entr'ouvre , ses bords deviennent plus souples et plus mous ; les parties extérieures s'humectent de mucosités plus abondantes ; le ventre durcit par intervalles dans les points qui répondent au globe utérin ; dans le même moment l'orifice se roidit, les membranes se tendent ; en même temps aussi se prononcent de légères douleurs dans l'abdomen et dans les reins ; de fréquentes envies d'uriner annoncent que la vessie est comprimée ; souvent la compression du rectum empêche la défécation.

Les douleurs qui accompagnent chaque contraction de l'utérus varient par leur nombre , leur durée et leur fréquence. D'abord elles sont courtes : une ou deux minutes ; des intervalles de dix à quinze minutes séparent ces douleurs qui se rapprochent ensuite de plus en plus , deviennent de plus en plus longues et enfin presque continues. Chaque douleur détermine la contraction des muscles de l'abdomen , qui vient aider l'utérus dans l'acte de la parturition. Dans les inter-

(1) Dugès, man. d'Obstétrique, page 93.

valles des douleurs, la femme éprouve un repos complet et l'utérus reprend de nouvelles forces.

Les premières douleurs, et par conséquent les premières contractions utérines déterminent la formation de la poche membraneuse et la dilatation de l'orifice du col de la matrice. Cette poche est très tendue; elle vient faire naturellement une saillie ovoïde dans le vagin et effectuer ainsi la dilatation. Dans le repos, elle est flasque; plusieurs distensions répétées l'amincissent et elle finit par se rompre. Alors une partie des eaux de l'amnios s'écoule, jusqu'à ce que le fœtus vienne fermer l'orifice par la présentation de sa face.

Alors les douleurs deviennent plus fortes et plus vives; elles sont appelées expultrices. C'est alors aussi que la partie présentée par le fœtus achève d'ouvrir l'orifice et le déchire le plus souvent. On reconnait que cette déchirure a eu lieu à la plus grande quantité de sang qui vient colorer en ce moment les mucosités glaireuses qui s'écoulent par le vagin (1).

Le vagin se trouve bientôt distendu par la face du fœtus qui arrive transversalement dans ce canal et dans l'excavation du bassin (2). Mais comme la longueur du

---

(1) Dugès, man. d'Obstétrique, page 98.

(2) Dugès a admis deux positions de la face; dans la première, le menton de l'enfant est tourné du côté droit de la mère, c'est celle qui nous occupe; dans la

cou ne permettrait pas au menton de se porter jusqu'au niveau de l'ischion, sans entraîner le haut du thorax au-dessous du détroit supérieur, sans renverser avec force l'occiput en arrière sur la poitrine , sans mettre toute la longueur du diamètre vertical de la tête , prolongée jusqu'à la face antérieure de la poignée du sternum à la place du diamètre fronto-mentonnier, un mouvement de rotation ne tarde pas à changer bientôt les rapports de toutes ces parties. Le menton et le devant du cou glissent d'arrière en avant et viennent se placer dans l'arcade des pubis, pendant que le bregma roule en sens inverse, et va gagner la face inférieure du sacrum (1). Le front vient s'appuyer sur le plancher

---

seconde, le menton est tourné du côté gauche. Pour lui, ces positions sont primitives ou secondaires. Les primitives sont celles où la tête du fœtus est renversée sur le dos, avant que le travail ait commencé, où la face est présentée à l'orifice, avant la déchirure des membranes et après qu'elle a eu lieu. Les secondaires sont celles où la tête du fœtus présente d'abord le vertex et principalement la fontanelle antérieure; bientôt après, l'occiput poussé et retenu contre le détroit supérieur, force la face de descendre, et la tête représente un levier du troisième genre : le point d'appui à l'occiput, la résistance au front, et la puissance à

(1) Velpeau. Acc. tome 1er page 524.

coccy-périnéal et le diamètre gutturo-bregmatique mesure le coccy-pubien (1).

Alors la vulve se distend considérablement, le périnée aminci et poussé en bas forme une grosse tumeur; la main droite de l'accoucheur doit le soutenir (2). L'orifice du vagin est porté en avant et représente une fente longitudinale qui laisse voir une partie du fœtus; les grandes lèvres se déploient et s'amincissent; les nymphes restent étalées sans se déployer; le vestibule, le clitoris et le meat urinaire sont repoussés un peu au devant de l'arcade pubienne, enfin la vulve s'ouvre entièrement et acquiert quatre pouces environ d'avant en arrière, et trois d'un côté à l'autre. Dans ce moment, les parties sont très-exposées à la déchirure, principalement la fourchette. On a nommé concassantes les douleurs qu'emmène cette distension; ce sont les plus vives et les plus

---

l'articulation occipito-atloïdienne. C'est en effet à cette articulation que le rachis transmet les efforts utérins appliqués sur tout le reste du corps. (Dugès.)

(1) Dugés, m. d'Obstétrique, page 130.

(2) Pour soutenir le périnée, il faut placer la main en travers, de manière que son bord radial corresponde au-dessous de la fourchette, et son bord cu-

cruelles. C'est, pendant ces douleurs, que le menton, s'enfonçant tout à fait dans l'arcade, se relève au-devant des pubis, que le front, suivi de la suture sagittale et de l'occiput, parcourt le plancher coccy-périnéal au devant duquel toutes ces parties se dégagent successivement (1). La région gutturale sert de centre à ce mouvement, pendant lequel les diamètres gutturo-frontal, gutturo-bregmatique, gutturo-sus-occipital, sont successivement en rapport avec le pubio-périnéal (2). Quand la tête s'est entièrement dégagée au devant de la fourchette, la face se tourne vers la cuisse droite de la femme, parce que la tête avait opéré un mouvement de rotation aux dépens d'une torsion du cou, pour engager le menton dans l'arcade

---

bital au coccyx, que l'éminence thénar et le pouce s'appliquent entre la cuisse et la grande lèvre d'un côté, et que l'extrémité libre des doigts vienne se loger entre la grande lèvre et la cuisse du côté opposé. La main, ainsi placée, continue la face concave du sacrum et du coccyx; elle sert à relever le menton au-devant des pubis; elle force la tête, dit Velpeau, à se mettre en rapport avec l'axe de la vulve, et par conséquent, il faut que l'effort se fasse d'arrière en avant, dans le moment où la tête commence à distendre le pudendum.

(1) Velpeau, Acc. tome 1er page 525

(2) Dugès, man. d'Obsté., page 130.

pubienne , et qu'étant tout à fait sortie , l'équilibre s'établit de nouveau entre la contractilité des muscles du côté droit et du côté gauche du cou. Ce mouvement s'appelle restitution.

En même temps le diamètre transverse des épaules s'engage au détroit abdominal à la suite de la tête, et mesure les diamètres antéro-postérieurs du bassin. Bientôt les épaules se dégagent. C'est la droite qui commence, parce qu'elle se trouve au devant, et le fœtus sort fortement courbé sur le côté droit, à cause de la courbure des axes du bassin et de la vulve. Les hanches sortent à leur tour et sont suivies par les extrémités pelviennes.

Dès que la tête est sortie , l'accoucheur doit la soutenir dans ses deux mains , sans gêner le mouvement de restitution dont il a été parlé. Si l'enfant ne sort pas du premier coup, et que les dernières contractions soient faibles , il peut aider l'expulsion , en exerçant sur la tête ou sur les épaules de légères tractions dans le sens du détroit inférieur. Quand l'enfant a quitté le sein de sa mère , on coupe le cordon ombilical , on en fait la ligature, et l'on confie le nouveau-né aux soins de la sage femme.

La délivrance , c'est-à-dire la sortie du placenta et des enveloppes du fœtus, ne tarde pas à arriver, quand les contractions de l'utérus les ont décollés pendant l'accouchement. Et cela s'observe souvent, quand le

travail a été de longue durée. Mais quelquefois le décollement a lieu plus tard, et ne s'effectue que par de nouvelles et douloureuses contractions de la matrice. L'accoucheur seconde les efforts de la mère, en opérant de légères tractions sur le cordon ombilical ; il entraîne le placenta à travers l'ouverture des membranes qui se trouvent ainsi renversées, retournées, et qui présentent à l'extérieur leur surface fœtale.

Dès que le placenta a franchi la vulve, l'accoucheur le saisit à deux mains, lui fait faire trois ou quatre tours dans le même sens, pour opérer une torsion sur les membranes qui sortent alors roulées comme une corde. Il agit ainsi, afin d'entraîner tout le délivre au dehors ; sans cette précaution, quelque portion de membrane pourrait se déchirer et rester dans la matrice. Si le délivre tarde trop à sortir, il doit faire glisser la main entre la face interne de la matrice et la face externe des membranes et du placenta, le décoller sans efforts et sans secousses, pour ménager l'utérus, l'entrainer hors de cet organe, ainsi que tous les caillots sanguins qui peuvent s'y trouver renfermés.

Il nous reste à décrire l'application du forceps dans cette position. Mais avant de commencer, nous croyons utile de parler rapidement de ses indications.

1°. Il y a indication, quand il y a défaut de rapport entre le bassin de la mère et la tête de l'enfant ; car

on a pu réduire le volume de la tête jusqu'à six lignes et même plus. Il est vrai qu'en faisant perdre cette longueur au diamètre compris entre les cuillères du forceps, les autres augmentent nécessairement; mais comme la compensation s'établit entre les diamètres de toutes les directions, on obtient réellement une réduction des diamètres de la tête qui doivent en sortant mesurer ceux du bassin.

2°. Il y a indication, quand il y a inertie de l'utérus, surtout lorsqu'après avoir administré le seigle ergoté à doses convenables, on a pu rappeler l'action de cet organe.

3°. Il y a indication, quand il est urgent de terminer l'accouchement sans délai. Lorsqu'une hémorrhagie vient menacer les jours de la mère et de l'enfant, soit qu'elle dépende d'une déchirure du vagin, de l'utérus ou de son orifice, soit qu'elle tienne au décollement du placenta, cette dernière se distingue des autres à ce que l'abondance du sang suit l'alternative des douleurs (1); lorsque la femme est en proie à des accès d'éclampsie, lorsqu'il y a procidence du cordon, etc., il convient d'extraire l'enfant sans retard, et l'application du forceps devient indispensable.

Nous dirons encore, avant d'entrer en matière,

---

(1) Dugès.

qu'il faut prévenir la femme de l'opération qu'on va faire, la rassurer en lui montrant les cuillères du forceps, et en lui faisant remarquer qu'elles n'offrent ni angles, ni bords tranchants; qu'il faut tremper l'instrument dans l'eau chaude pour le dégourdir, et le graisser, ainsi que la main conductrice pour faciliter leur introduction.

Nous allons décrire l'application bilatérale de cet instrument. La branche gauche, devant être introduite la première, sera tenue de la main gauche par son milieu comme une plume à écrire, de sorte que le bord concave de la cuillère soit dirigé en haut. Le bout de la cuillère s'avancera entre les deux cuisses et se présentera à la vulve; la face palmaire de la main droite restée libre, viendra soutenir la face convexe de l'instrument, pour le conduire dans le vagin et dans l'orifice de l'utérus, en suivant le côté gauche de la femme. Cette branche, ainsi guidée par la main, pénètre dans ces organes, suit la courbure des divers axes de la vulve et du bassin. La main sert non seulement à conduire l'instrument au point voulu, mais encore elle empêche que le bout de la cuillère se place entre le col de l'utérus et le vagin, accident qui peut exposer à percer ce canal, à mordre la lèvre du museau de tanche entre l'instrument et la tête du fœtus, et à la dilacérer par les tractions.

Pour que la cuillère ait pu parcourir cette ligne courbe,

il a fallu que le manche, qui d'abord était dirigé en haut et à gauche, se soit abaissé et rapproché de la ligne médiane dans l'intervalle des deux cuisses. En s'abaissant, il forçait la cuillère à marcher, suivant la courbure de ses bords ; en se rapprochant de la ligne médiane, il l'a forcait à marcher suivant la courbure de ses faces (1).

Ainsi placée, cette branche sera maintenue par un aide, pendant l'introduction de la seconde. Cette autre branche tenue et poussée par la main droite, conduite par la main gauche, sera placée d'après les mêmes préceptes. Dans l'introduction de cette dernière qui est la branche femelle, on passera par-dessus ou au devant de la branche mâle, afin que la mortaise vienne naturellement au devant du pivot, pour rendre l'articulation des branches faciles.

Quand il faudra donner à l'instrument une position diagonale ou bien antéro-postérieure, on commencera par introduire la cuillère qui doit se trouver à la partie antérieure, et diriger son bord concave du côté de la partie de l'enfant qui doit être ramenée en avant. On suivra, pour cette application, les mêmes règles que pour la précédente.

Quand la face se présente transversalement au détroit

---

(1) Dugès, dict. en 15 vol. forceps.

supérieur, les difficultés de l'emploi du forceps sont telles que Dugès conseille de recourir toujours à la version.

Lorsque la tête de l'enfant sera naturellement arrivée dans l'excavation, on se souviendra que le menton devant être ramené dans l'arcade des pubis, c'est de son côté que doit être tourné le bord concave de l'instrument. En conséquence, on commencera par appliquer la branche gauche qui doit se trouver en avant. Introduite avec les précautions voulues, la face concave de sa cuillère vient se mouler sur la bosse pariétale droite ; sa face convexe est appuyée derrière les pubis ; son bord concave regarde le menton de l'enfant et la cuisse droite de la femme ; son bord convexe est tourné vers la cuisse gauche. La branche droite sera portée à son tour dans le vagin et en arrière, pour aller saisir la bosse pariétale gauche ; elle appuyera sa face convexe sur la concavité du plan sacro-coccygien. Cette branche viendra présenter sa mortaise au pivot de la branche mâle, en marchant de gauche à droite.

Le forceps étant appliqué, il faut extraire l'enfant, et pour cela, il faut diriger les efforts de tractions dans le sens des axes du bassin, si l'on ne veut pas s'exposer à tirer sans fruit, à causer des déchirures dans les organes de la mère, qui peuvent devenir dangereuses, quelquefois mortelles, et à faire courir d'aussi grands périls à l'enfant. Il faut aussi faire exécuter au fœtus

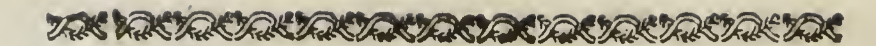
autant que possible, les mouvemens qui ont lieu dans l'accouchement naturel (1). Les manches du forceps, attachés avec un cordon et envelloppés d'un linge, seront saisis par une main à leur articulation, et près de leurs crochets par l'autre qui devra les serrer avec modération, de crainte de trop comprimer la tête du fœtus.

On fera quelques légères tractions dans la direction du détroit supérieur, pour plonger entièrement la tête dans l'excavation ; alors tirant dans le sens de l'axe, du détroit iuférieur, on opérera la rotation qui doit emmener le menton dans l'arcade pubienne ; on relévera le crochet, et tirant à soi dans le sens de l'axe de la vulve, on dégagera au-devant du périnée le front, le bregma, l'occiput ; c'est pendant ce temps, qu'on fera soutenir le périnée par un aide. (2) Dès que la tête est dégagée, on désarticule l'instrument pour l'enlever; le mouvement de restitution s'opère ; de légères tractions déterminent la sortie du fœtus, et la délivrance se fait naturellement ou artificiellement, comme nous l'avons dit à la fin de la seconde partie de notre thèse.

---

(1) Dugès, dict. en 15 vol., forceps.

(1) Dugès, dict. en 15 vol., forceps.



SCIENCES MEDICALES.

Considérations générales sur le pronostic des maladies.

Le pronostic, de πρo avant et de γινωσκω je connais, est le jugement porté d'avance sur la marche, la durée et la terminaison des maladies. Les conditions nécessaires, pour le bien établir, sont une connaissance approfondie de la pathologie et l'habileté dans le diagnostic. Les principaux signes pronostiques se tirent (1) du genre, de l'espèce et de l'intensité de la maladie, de sa marche, de sa durée et de sa tendance naturelle vers telle ou telle terminaison. Les signes secondaires se tirent des diverses conditions relatives à l'âge, au sexe et à la constitution du sujet, aux causes de la maladie, à la manière dont elle a débuté, à l'effet obtenu des premiers remèdes, aux divers symptômes de la maladie.

Un seul signe, quoique particulier à telle ou telle maladie, suffit rarement pour porter un pronostic.

---

(1) Chomel, path. gén. page 478.

Presque toujours il faut qu'ils se prêtent un mutuel appui; que celui qui a le plus d'importance absolue s'acquière une valeur réelle par le concours de plusieurs autres. Le pronostic pourra être certain ou incertain; dans ce dernier cas, le médecin ne doit se prononcer, sous peine de voir bien de fois les événements démentir son jugement; dans le premier cas, le pronostic peut être favorable, c'est-à-dire annonçant la guérison, funeste, c'est-à-dire prédisant une mort inévitable, ou le passage de la maladie à l'état chronique. Quand le pronostic est favorable, on doit l'annoncer au malade, parce que l'espoir qu'il fait naître, imprimera à l'organisme une modification favorable à la résolution de la maladie (1), ainsi qu'aux parens pour bannir leurs alarmes. Quand le pronostic est funeste, on doit le cacher au malade, pour lui éviter l'horreur de son sort, ainsi qu'aux plus proches, pour conserver leur courage. Cependant le médecin doit le faire connaître à l'un des membres de la famille, pour mettre sa réputation à couvert.

Le médecin se fera honneur d'un pronostic établi sur ses connaissances pathologiques. La certitude de ses prédictions peut lui faire une grande réputation et donner une haute idée de son mérite; mais il

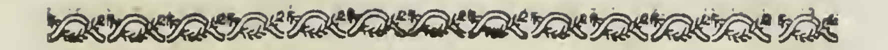
---

(2) Rostan., médecine clinique. Partie du pronost'c.

devra être très-réservé ; car la nature le mettrait souvent en défaut, ce qui lui serait très-nuisible vis-à-vis des personnes du monde. Le talent du pronostic, apprenant ce qui doit arriver, force à se prémunir, par les moyens convenables, contre les accidents qui doivent se présenter, indique le moment favorable d'administrer un remède et fait courir ainsi au devant du danger. (1)

---

(1) Rostan, médecine clinique. Partie du pronostic.



ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Quel est le mode de distribution des vaisseaux sanguins dans le tissu des testicules ?

Le tissu du testicule, composé d'une immense quantité de filaments capillaires, très-flexueux, entrelacés, repliés en tout sens, et faiblement unis entr'eux, est divisé en un grand nombre de lobes et lobules par une multitude de prolongements vasculaires et fibreux, qui partent de la surface interne de la tunique albuginée, et se dirigent vers le bord postérieur du testicule où ils se terminent. Ces cloisons incomplètes forment des loges triangulaires, remplies par les lobes et les lobules mentionnés.

Avant d'arriver au testicule, l'artère spermatique se divise en un grand nombre de rameaux, dont les uns s'introduisent dans l'épididyme par son tubercule arrondi, les autres traversent la membrane albuginée dans toute l'étendue du bord supérieur du testicule, appelée corps d'Hyghmor. Ces derniers se divisent en deux ordres : les uns parcourent l'épaisseur de la tunique, et fournissent un grand nombre de vaisseaux qui pénètrent dans la substance du

testicule, et forment une partie des prolongements indiqués ; les autres traversent le corps d'Hyghmor, parcourent le tissu testiculaire dans lequel ils se ramifient à l'infini.

Les veines naissent dans cet organe par un grand nombre de filaments qui traversent son tissu, pour se porter à la surface interne de l'albuginée, et forment ainsi de nouveaux prolongements; elles parcourent la surface interne de cette membrane où elles sont maintenues par une lame fibreuse, (1) forment plusieurs branches très-grosses qui viennent sortir du testicule au devant de la tête de l'épididyme, sans entrer dans ce canal. Elles concourent à former le plexus veineux spermatique avec un tronc veineux assez gros qui sort du testicule, près de l'extrémité mince de l'épididyme, et avec les veines qui viennent de ce conduit flexueux. Ce plexus donne naissance aux veines du cordon spermatique.

---

(1) Cruveilhier, Anatomie desc., tome 3, page 306.



SCIENCES ACCESSOIRES.

Quelles sont les bases du système sexuel de Linné ?

Ce système repose sur les différens caractères que présentent les étamines et les pistils, c'est-à-dire les organes sexuels. Linné commence par diviser tous les végétaux connus, en deux grandes sections. La première, appelée Phanérogamie, renferme, dans vingt-trois classes, les plantes dont les organes sexuels sont visibles; la seconde, appelée Cryptogamie, forme la vingt-quatrième et dernière classe du système, et comprend celles dont les organes sexuels sont invisibles. Les végétaux phanérogames se subdivisent en hermaphrodites et en unisexués, d'après la réunion des deux sexes dans la même fleur, ou d'après leur séparation. Les premiers constituent les vingt premières classes; les seconds forment les trois suivantes. Les divers caractères des étamines servent de base aux végétaux hermaphrodites; elles peuvent être libres de toute adhérence avec le pistil, ou soudées avec lui. Celles qui sont libres peuvent être distinctes les unes des autres, ou réunies entr'elles. Quand elles sont distinctes, elles

sont aussi égales ou inégales ; ces dernières sont en nombre déterminé, tandis que les premières peuvent être en nombre déterminé ou indéterminé.

Les dix premières classes, Monandrie, Diandrie, Triandrie....... Décandrie, sont basées sur le nombre déterminé des étamines, et leur égalité entr'elles. La classe suivante, Dodécandrie, est basée sur l'égalité de ces organes, et leur nombre non rigoureusement déterminé depuis, onze jusqu'à vingt. Les douzième et treizième classes reposent sur le nombre, non rigoureusement déterminé des étamines, depuis vingt jusqu'à cent. Dans la douzième, Icosandrie, elles s'insèrent sur le calice ; dans la treizième, Polyandrie, sous l'ovaire.

Lés quatorzième et quinzième classes sont basées sur le nombre déterminé des organes mâles et sur leur irrègularité entr'eux. Dans la première des deux, Didynamie, on compte quatre étamines : deux longues et deux courtes ; dans la seconde, Tetradynamie, on en compte six : deux courtes et quatre longues. Les étamines sont distinctes les unes des autres dans ces quinze premières classes ; c'est là leur caractère commun.

Les trois classes suivantes sont basées sur la réunion des étamines par leur filet. Dans la première, Monadel phie, elles ne forment qu'un seul corps ; dans la deuxième, Diadelphie, il y a deux faisceaux, et dans

la troisième, Polyadelphie, il y en a plusieurs. La dix-neuvième classe, Syngénésie, est basée sur la réunion des étamines par les anthères. Dans ces dix-neuf classes, les étamines sont libres de toute adhérence avec le pistil ; dans la vingtième Gynandrie, elles sont soudées à cet organe.

Les plantes à fleurs unisexuées forment trois classes : la Monœcie, dans laquelle les fleurs mâles et femelles sont réunies sur un même individu; la Diœcie, dans laquelle deux individus portent isolées, l'un les fleurs mâles, l'autre les fleurs femelles, et la Polygamie, qui embrasse les plantes, dont les fleurs mâles, femelles et hérmaphrodites se trouvent réunies sur un individu, ou existent séparées sur des individus différents.

La vingt-quatrième classe comprend tous les végétaux cryptogames. On la divise en quatre ordres : les fougères, les algues, les mousses et les champignons.

Les ordres des treize premières classes sont basés sur le nombre des styles ou des stigmates distincts dans chaque fleur. Ils prennent les noms de Monogynie, Digynie, Trigynie..... Polygynie,

La Didynamie comprend deux ordres basés sur la structure de l'ovaire, savoir : la Gymnospermie, quand les graines sout nues ; l'Angiospermie, quand elles sont enveloppées. La Têtradynamie distingue deux ordres basés sur le fruit, suivant que celui-ci est une silique ou une silicule. Les trois classes suivantes tirent les caractères de leurs ordres, du nombre d'étamines qui forment les faisceaux.

La Syngénésie offre six ordres (1) : 1o Polygamie égale : toutes les fleurs sont hermaphrodites et fécondes. 2o Polygamie superflue : fleurs du disque hermaphrodites, celles de la circonférence femelles, toutes fécondes. 3o Polygamie Frustanée : fleurs du disque hermaphrodites et fécondes, celles de la circonférence neutres ou femelles, mais stériles. 4o Polygamie nécessaire : fleurs du disque, hermaphrodites et stériles ; celles de la circonférence, femelles et fécondes. 5o Polygamie séparée : toutes les fleurs hermaphrodites rapprochées les unes des autres, et contenues chacune dans un petit involucre particulier. 6o Polygamie monogamie : toutes les fleurs hermaphrodites, mais simples et isolées les unes des autres.

Dans la Gynandrie, il y a quatre ordres tirés du nombre des étamines. Dans la Monœcie et la Diœcie, les ordres se tirent du nombre des étamines et des pistils ; dans la Polygamie il y a trois ordres : la Monœcie, dans laquelle un individu porte des fleurs monoclines et diclines ; la Diœcie, dans laquelle un individu porte des fleurs hermaphrodites, et un autre, des fleurs unisexuées ; enfin, la Triœcie, qui se compose de trois individus portant, l'un des fleurs hermaphrodites, l'autre des fleurs mâles, et le troisième, des fleurs femelles.

(1) Richard, éléments de botanique.

FIN.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE,	*Botanique.*
LALLEMAND,	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie*
DUBRUEIL.	*Anatomie*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeut. et Matière médic.*
RIBES, *Examinateur.*	*Hygiène.*
RECH. *Suppléant.*	*Pathologie médicale.*
SERRE	*Clinique chirurgicale.*
J.-E BÉRARD.	*Chimie génér et Toxicologie*
RENÉ	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeut. gén.*
ESTOR, Président.	*Opération et Appareils.*
....	*Pathologie externe.*

Auguste Pyramus de CANDOLE, professeur honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM.

VIGUIER. *Examinateur*
BATIGNE.
BERTIN.
DELMAS, fils, *Suppléant.*
VAILHÉ.
BROUSSONNET, fils.
TOUCHY

MM.

JAUMES.
POUJOL. *Examinateur.*
TRINQUIER.
LESCELLIERE-LAFOSSE
FRANC.
JALLAGUIER.
BORIES

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

